

Contratto di Ingresso in Struttura ***Le Condizioni di Casa Famiglia “Santa Rita”***

Condizioni di ingresso Ospiti

Signor/a _____

Data contratto: _____ Numero identificativo assegnato _____

Responsabile: Giuseppe Paternò

Indice dei paragrafi:

- 1 Dati del richiedente Ospite
- 2 Impegnativa del richiedente Ospite (o di chi ne fa le veci)
- 3 Impegnativa dei garanti
- 4 Regolamento
- 5 Rette (alla data d'ingresso)
- 6 Scheda conoscitiva delle condizioni di autosufficienza
- 7 Consenso al trattamento dei dati personali
- 8 Consenso alla possibilità di uscire dalla struttura
- 9 Consenso alla possibilità del cambio del medico curante con il medico di fiducia della casa famiglia

Associazione
Casa Famiglia Anziani
“Santa Rita”
Via Cairoli 13
94012 Barrafranca (EN)



Residenza Anziani
Codice Fiscale 91062800866
Tel. 0934 546199
Cell. 3395382248 - 3391450880
santaritabarrafranca@gmail.com

1 Dati dell'ospite

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____

a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____

Email: _____

Associazione
Casa Famiglia Anziani
“Santa Rita”
Via Cairoli 13
94012 Barrafranca (EN)



Residenza Anziani
Codice Fiscale 91062800866
Tel. 0934 546199
Cell. 3395382248 - 3391450880
santaritabarrafranca@gmail.com

2 Impegnativa del richiedente Ospite (o di chi ne fa le veci)

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza delle norme di regolamento della Casa Famiglia Santa Rita e dichiara di impegnarsi a corrispondere a codesta Casa Famiglia, con decorrenza dalla data del giorno d'ingresso, la retta mensile secondo gli importi determinati dalla direzione.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, la direzione si riserva il diritto di rinviarlo in famiglia e a procedere giudizialmente per il recupero della somma dovuta.

Data _____

Firma del richiedente Ospite o di chi ne fa le veci

3 Impegnativa dei garanti

I sottoscritti:

1. Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____

grado di parentela _____

n° telefono fisso _____ mobile _____

e-mail _____

2. Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____

grado di parentela _____

n° telefono fisso _____ mobile _____

e-mail _____

riconoscendo la sussistenza dell'obbligo alimentare nei confronti del Sig./Signora
_____ ai sensi dell'art. 433 c.c.

Associazione
Casa Famiglia Anziani
“Santa Rita”
Via Cairoli 13
94012 Barrafranca (EN)



Residenza Anziani
Codice Fiscale 91062800866
Tel. 0934 546199
Cell. 3395382248 - 3391450880
santaritabarrafranca@gmail.com

SI OBBLIGANO

In via solidale fra loro e senza l'obbligo per codesta Direzione della preventiva richiesta al debitore principale a corrispondere, per tutto il periodo di permanenza nella Casa Famiglia dell'Ospite, la retta mensile secondo l'importo determinato dalla Direzione.

I sottoscritti, sono a conoscenza che, in caso d'inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, la Direzione si riserva il diritto di rinviare in famiglia l'Ospite e di procedere giudizialmente per il recupero della somma dovuta.

Firme per accettazione

Data _____

4 Regolamento

1. La Direzione si riserva a suo insindacabile giudizio di accogliere o non accogliere l’Ospite nella propria struttura.
2. La direzione, verificate le reali condizioni fisiche e psichiche dell’ospite, si riserva di confermare e rendere definitiva l’accoglienza dell’ospite entro il primo mese di permanenza.
3. Qualora e in qualsiasi momento siano osservate anomalie compartimentali tali da pregiudicare l’accoglienza dello stesso e degli altri Ospiti, i parenti s’impegnano a riaccogliere l’Ospite in famiglia.
4. La direzione, per necessità organizzative, si riserva la possibilità di poter cambiare camera all’ospite.
5. Nel caso le condizioni fisiche dell’Ospite si manifestassero tali da pregiudicarne la permanenza nella Casa Famiglia per motivi d’assistenza e sanitari, i parenti s’impegnano ad accettarne il trasferimento in una struttura di loro fiducia entro 30 giorni dall’avviso di dimissioni. Qualora detto trasferimento non avvenga entro il termine di 30 giorni, verrà applicata una maggiorazione della retta in atto in proporzione al grado di non autosufficienza.
6. La retta, che è versata in modalità mensile e anticipata, comprende il vitto, l’alloggio e il servizio di lavanderia per i capi di biancheria lavabili con normali lavatrici;
7. Sono escluse dalla retta mensile tutte le prestazioni considerate extra quali: assistenza dello psicologo o del fisioterapista e il trasporto per visite specialistiche esterne, le spese mediche, i servizi e i materiali di consumo e i farmaci non riconosciuti dal servizio sanitario nazionale, i ticket, le eventuali spese dovute a causa di ricovero ospedaliero, la fornitura di pannoloni per anziani incontinenti non forniti dal servizio sanitario nazionale, le spese per lavanderie esterne attrezzate per capi cui è previsto un lavaggio a secco (completi, vestiti, cappotti, giacche ecc.). Le cure infermieristiche protratte nel tempo per patologie croniche (flebo, fisioterapie, analisi cliniche e altre terapie) si intendono a carico dell’ospite/familiare o tutore dell’ospite. Tali prestazioni saranno fatturate a parte e pagate entro 30 giorni dal ricevimento della fattura.
8. Nel caso di inadempienza del pagamento della retta stabilita oltre i 60 giorni, la direzione esercita il diritto di rinviare l’ospite in famiglia e procederà giudizialmente per il recupero della somma dovuta.
9. I parenti e conoscenti possono accedere alla struttura tutti i giorni con i vincoli d’orario esposti in struttura, salvo i casi ostativi dovuti alle norme Covid.
10. Le spese relative al decesso ed il funerale dell’Ospite rimangono a carico dei parenti o garanti.
11. L’ospite o il parente responsabile potrà disdire il presente contratto con preavviso inviato con raccomandata almeno 30 giorni prima dalla data in cui si intende portare via l’ospite. Nel caso l’Ospite lasci la struttura per motivi personali senza preavviso o per decesso, avvenuto nei primi 15 giorni del mese, la Casa Famiglia è tenuta alla restituzione del 30% della retta pattuita; qualora la dimissione (senza preavviso) o il decesso avvenga dal 16 del mese in poi, nessuna somma sarà restituita.
12. Qualora per l’ospite inserito nella struttura come autosufficiente, le cui condizioni fisiche dovessero peggiorare da pregiudicare l’autosufficienza stessa, verrà applicata la maggiorazione della retta in funzione della non autosufficienza sorta.
13. Qualora, dopo l’ingresso dell’Ospite nella struttura, al pagamento o a integrazione della retta intervenga un Ente, la retta alla nostra struttura dovrà essere sempre comunque versata dai familiari

o chi ne fa le veci, i quali poi si rivarranno presso l’Ente erogatore. In nessun caso la Casa Famiglia Santa Rita potrà accettare pagamenti da soggetti diversi dai familiari o chi ne fa le veci.

14. La struttura accetta Ospiti fumatori, ma quest’ultimi si impegnano ad utilizzare uno spazio (balcone o terrazza) adibito a spazio fumatori.

15. All’Ospite non è consentito detenere e/o prendersi cura all’interno della struttura di qualsivoglia animale domestico o da compagnia.

16. Premesso che i nostri menù sono stati preventivamente approvati dai dietisti di nostra fiducia, pertanto idonei alla dieta delle persone anziane, non sarà in alcun modo possibile variare il menù a richiesta del singolo ospite, eccezion fatta per le documentate allergie alimentari o per gli ospiti diabetici.

17. I visitatori sono invitati a non consegnare agli ospiti direttamente o senza che il personale ne sia a conoscenza alimenti, medicinali o altro che potrebbero arrecare danno a se o agli altri anche involontariamente.

18. È consigliato di non lasciare all’ospite valori e preziosi. La direzione non si assume nessuna responsabilità per eventuali ammanchi o perdite di oggetti se non per i valori lasciati esplicitamente in deposito presso la direzione comprese protesi dentarie e/o acustiche.

19. Per motivi di sicurezza, è fatto divieto all’Ospite di trattenersi nella camera durante la giornata, con esclusione degli ospiti allettati, in quanto non essendo possibile sorvegliarlo, non sarebbe possibile intervenire in caso di malore, caduta o altro.

20. Dalle ore 20.30 alle ore 7.30 del giorno successivo, sono vietati gli accessi alle parti comuni, pertanto in questa fascia oraria l’ospite dovrà restare nella propria camera.

21. All’arrivo dell’Ospite si rende necessario consegnare una relazione medica indicante lo stato di salute e le patologie, l’elenco con gli orari dei medicinali eventualmente assunti ed una congrua scorta degli stessi.

22. Il presente contratto si intende a tempo indeterminato ed è valido e produce i suoi effetti dalla data di ingresso presso la Casa Famiglia per accettazione e sottoscrizione dell’ospite o di chi lo rappresenta.

23. Per tutto ciò che non è regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge nazionale e regionali vigenti in materia di assistenza socio sanitaria per anziani.

Data _____

Firma per accettazione _____

5 Rette (alla data d’ingresso)

I valori delle rette sono da definire con la direzione e avranno efficacia solo se l’ospite soggiorna in struttura per un periodo di almeno tre mesi o per interruzione del contratto dovuta a decesso. In qualsiasi altro caso, per il periodo trascorso in struttura, sarà effettuato il ricalcolo della retta come ospite temporaneo con quote indicate nel presente contratto.

TABELLA TARIFFE

(chiamare allo 3395382248 oppure 3391450880 per info)

Sistemazione	Ospite autosufficiente	Ospite non autosufficiente
Camera singola		
Camera doppia/tripla		
Camera per coppia *		
Ospite temporaneo giornaliero		

* In caso di decesso di uno dei componenti la coppia, il superstite concederà l’uso come camera doppia o verrà applicata la tariffa in atto per le persone singole.

** In caso di decesso di uno dei componenti la coppia, al superstite verrà applicata la tariffa in atto per le persone singole.

<i>Sistemazione scelta al momento del contratto:</i>	<i>Importo mensile pattuito:</i>
_____	_____

La corresponsione della retta è anticipata e pagata tramite assegno o bonifico bancario su: Banca Poste Italiane - Iban

Tutti gli importi indicati sono rivalutati al 1° gennaio di ogni anno in base all’indice ISTAT o a variazioni di Legge, fermo restando un aumento minimo dell’1% annuo.

Data _____

Firma per accettazione _____

6 Scheda conoscitiva delle condizioni di autosufficienza

Signor/a _____

Condizioni generali

stato: buono mediocre grave

struttura corporea: sottopeso normale sovrappeso obeso

respirazione: normale ossigeno

vista: normale con lenti cecità

udito: normale ridotto con apparecchio sordità

malattie infettive note: quali? _____

piaghe da decubito: dove? _____

patologie: quali? _____

terapie: quali? _____

Condizioni cardiocircolatorie

stato: buono mediocre grave

ipertensione

infarti

pacemaker

Mobilità

cammina: da solo/a solo se aiutato/a

si sposta in carrozzina: da solo/a solo se aiutato/a

è portatore di protesi: quali? _____

utilizza ausili: quali? _____

necessita di fisioterapia: quale? _____

allettato

Psiche

- umore: allegro normale depresso
- agitazione psicomotoria
- confuso e disorientato
- schivo e solitario
- demenza senile
- Alzheimer
- tende a fuggire
- tende alla violenza

alimentazione

- capacità: da solo/a parzialmente aiutato/a solo aiutato/a
- modalità alimentazione: normale artificiale
- prescrizioni alimentari

allergie

- alimentari: quali? _____
- dermatologiche: quali? _____
- farmacologiche: quali? _____
- di altro tipo: quali? _____

Cura di sé

- si lava: da solo/a parzialmente aiutato/a solo aiutato/a
- si veste: da solo/a parzialmente aiutato/a solo aiutato/a
- usa la toilette: da solo/a parzialmente aiutato/a solo aiutato/a

Associazione
Casa Famiglia Anziani
“Santa Rita”
Via Cairoli 13
94012 Barrafranca (EN)



Residenza Anziani
Codice Fiscale 91062800866
Tel. 0934 546199
Cell. 3395382248 - 3391450880
santaritabarrafranca@gmail.com

abitudini

- fuma
- beve alcolici

continenza

- dorme il dì
- insonnia notturna
- incontinenza urinaria
- incontinenza fecale
- porta il catetere vescicale
- porta il pannolone
- stomia
- gestione autonoma della stomia

Data _____

Firma dell'Ospite o del Garante _____

7 Consenso al trattamento dei dati personali

Informativa per il trattamento di dati sensibili (GDPR UE 2016/679)

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il regolamento europeo GDPR UE 2016/679 garantisce la tutela delle persone e d'altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la Sua riservatezza e i Sui diritti.

In particolare, i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o d'altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e previa autorizzazione del Garante qualora prevista.

Le forniamo pertanto le seguenti informazioni relative all'art. 13 del GDPR UE 2016/679.

a) La scrivente Casa Famiglia, titolare del trattamento dei dati, ha individuato come responsabile del trattamento dei dati il signor Giuseppe Paternò nato a _____ il _____ e residente _____

Numero telefonico: 0934 546199 - 339 5382248

E-mail: santaritabarrafranca@gmail.com

b) Ai sensi dell'Art. 37 la società non è tenuta alla nomina di un RPD (Responsabile Protezione Dati) in quanto non agisce su larga scala.

c) Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente ed esclusivamente a:

- esecuzione del contratto
- adempimenti agli obblighi di Legge connessi all'esecuzione del contratto (amministrativi e fiscali)
- gestione del contratto rapporti con agenti, rappresentanti, committenti appaltatori
- collaborazione e comunicazione a professionisti esterni per gli adempimenti di Legge
- tutela dei diritti contrattuali (legali e altre)
- analisi interne (statistiche e altre)
- ogni altra operazione inerente la completa gestione del rapporto commerciale compresa comunicazione e banche

d) I dati verranno trattati in forma cartacea ed informatica nonché telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati a cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati.

I dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per la gestione del rapporto commerciale, adempimenti fiscali ed amministrativi.

Il trattamento potrà anche essere effettuato da terzi, delegati, che forniscono specifici servizi di consulenza ed elaborativi e comunque strumentali e necessari per le finalità contrattuali e la gestione amministrativa e fiscale.

Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali.

e) In relazione alle finalità da perseguire, i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi solo ed esclusivamente se finalizzati alla gestione del contratto e/o contratti ed alla gestione degli stessi sia ai fini amministrativi che fiscali e precisamente a:

- aziende per eventuali lavorazioni o consulenze
- istituti bancari per gestione di incassi e pagamenti
- amministrazione finanziaria o enti pubblici per adempimento di obblighi di Legge
- società e studi professionali e/o legali per la tutela dei diritti e per la gestione amministrativa e fiscale dei contratti
- agenti o rappresentanti
- committenti e/o agenti nell'ambito dello svolgimento dei contratti
- dipendenti e/o collaboratori interni sia tecnici che amministrativi ai fini della esecuzione e gestione dei contratti

In particolare si precisa che i destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, premesso che sarà fornita unicamente la minima quantità di dati necessaria, sono i medici ed il personale sanitario preposto dai vari enti o interno alla struttura, che siano incaricati del trattamento sanitario dell'ospite.

f) I dati non sono stati né saranno trasmessi verso un paese terzo o un'organizzazione internazionale, ad eccezione della clientela controparte interessata alla trattativa cui abbia sottoscritto una manifestazione formale di interesse e agli eventuali agenti intermediari loro rappresentanti.

g) Cessato il rapporto, i dati dei clienti ospiti e tutori e parenti, ovvero le carte di identità, i dati sanitari, il contratto e tutti i documenti relativi contenenti dati personali saranno eliminati dall'archivio cartaceo, software e posta elettronica una volta scaduti i termini prescrizionali di legge (5 anni). Tale periodo sarà rispettato salvo eventuale attivazione di una causa giudiziaria.

h) È nel del diritto dell'interessato la possibilità di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione

del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.

i) È nel diritto dell'interessato la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento. Ciò non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

j) È nel diritto dell'interessato il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

k) La comunicazione dei dati personali richiesti è un obbligo contrattuale nonché un requisito necessario per la conclusione del contratto. La conseguenza della mancata comunicazione di tali dati pregiudica la validità del contratto.

l) I dati personali non saranno sottoposti all'analisi tramite alcun processo decisionale automatizzato.

Qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore eventuale trattamento fornirà all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

Il sottoscritto Ospite o Garante dello stesso

DICHIARA

Di aver ricevuto l'informativa scritta relativa all'art. 13 del GDPR UE 2016/679.

AUTORIZZA

Casa Famiglia Santa Rita, titolare del trattamento, a raccogliere, registrare, videoregistrare e memorizzare su archivio informatico interno, con apposite telecamere a circuito chiuso, e utilizzare i dati personali per fini amministrativi connessi all'esercizio dell'attività d'assistenza della Casa Famiglia e eventuale materiale fotografico per scopi di sicurezza e promozionali.

Data _____

Cognome e nome dell'Ospite o del Garante _____

Firma dell'Ospite o del Garante _____

8 Consenso alla possibilità di uscire dalla struttura

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ dichiara di concedere al proprio congiunto Signor/a _____ la possibilità di uscire dalla struttura senza accompagnamento e pertanto di assolvere da ogni eventuale responsabilità la direzione.

Il/la sottoscritto/a _____ non concede al proprio congiunto la possibilità di uscire dalla struttura.

Data _____

Firma _____

9 Consenso alla possibilità del cambio del medico curante con il medico di fiducia della casa famiglia

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ dichiara di concedere il consenso al cambio del medico curante con il nostro medico di fiducia Dott. _____

Data _____

Firma _____

Dotazione corredo personale

Corredo biancheria e materiale da toilette necessario all'ingresso in Casa Famiglia (uomini)

- N. 5 Pigiama di maglia (indispensabili se presente rigidità nei movimenti)
- N. 6 Maglie intime di lana
- N. 6 Maglie intime di cotone
- N. 10 Paia di calze
- N. 10 Paia di mutande (non necessarie se viene utilizzato pannolone)
- N. 6 Tovaglia da viso
- N. 10 Tovaglia da bidet
- N. 2 Accappatoio/telo bagno
- N. 4 Tute o pantaloni con elastico in vita
- N. 4 Maglie tipo Polo e/o camicie
- N. 3/4 Maglioni e/o giacche
- Pantofole antiscivolo
- Scarpe
- Scarpe/sandali per l'estate
- Cuscino
- N. 4 Lenzuola
- Piumone
- Plaid

Dotazione necessaria per la toilette

Pettine/spazzola, spazzolino da denti, spugna, rasoio elettrico, porta dentiera e accessori per la pulizia, acqua di colonia senza alcool eventuali creme personali.

Dotazione in caso di ricovero

Borsone e beauty case

Corredo biancheria e materiale da toilette necessario all'ingresso in Casa di riposo (donne)

- N. 5 Camicie da notte o pigiami di maglina (questi ultimi indispensabili se la persona presenta rigidità nei movimenti)
- N. 6 Maglie intime di lana
- N. 6 Maglie intime di cotone
- N. 10 Paia di calze autoreggenti, calze e/o calzini lana e cotone
- N. 10 Paia di mutande (non necessarie se viene utilizzato il pannolone)
- N. 6 Tovaglia da viso
- N. 10 Tovaglia da bidet
- N. 2 Accappatoio o telo bagno
- N. 4 Tute o pantaloni con elastico in vita
- N. 4 Maglie Polo, maglioncini o altro genere
- N. 3/4 Golfini e/o giacche
- N. 5 Vestiti o gonne (se abitualmente utilizzati)
- Pantofole antiscivolo
- Scarpe
- Sandali per l'estate
- Cuscino
- N. 4 Lenzuola
- Piumone
- Plaid

Dotazione necessaria per la toilette

Pettine/spazzola, spazzolino da denti, spugna, porta dentiera e accessori per la pulizia, acqua di colonia senza alcool eventuali creme personali.

Dotazione in caso di ricovero

Borsone e beauty case